

Richiesta di mantenimento dell'assicurazione ai sensi dell'art. 10.7 del regolamento di previdenza

Dopo la perdita del posto di lavoro a seguito delle dimissioni da parte del datore di lavoro E a partire dai 58 anni

Datore di lavoro

Ditta _____ N. datore di lavoro _____

Persona assicurata

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Numero AVS _____

Via/N. _____ NPA/Località _____

Sesso Femminile Maschile _____ Data di uscita _____

Telefono privato _____ Indirizzo e-mail _____

Stato civile:

Nubile/celibe _____ Divorziato/a _____

Coniugato/a _____ Vedovo/a _____

Unione domestica registrata _____

Requisiti di base per il mantenimento dell'assicurazione ai sensi dell'art. 10.7 del regolamento di previdenza Previs

Confermo che il mio rapporto di lavoro è stato disdetto dal datore di lavoro Sì No
Si prega di allegare una **copia della lettera di disdetta** del datore di lavoro

Confermo di continuare ad essere assicurato presso l'AVS svizzera Sì No

Informazioni supplementari per il mantenimento dell'assicurazione ai sensi dell'art. 10.7 del regolamento di previdenza Previs

La persona assicurata ha preso atto dell'art. 10.7 del regolamento di previdenza Previs attualmente in vigore e desidera mantenere l'assicurazione come segue (selezionare una sola opzione):

Prestazioni di rischio rispetto all'ultimo salario AVS valido Salario AVS annuale _____ CHF

Prestazioni di rischio rispetto a un salario AVS più basso Salario AVS annuale _____ CHF

Prestazioni di rischio e di vecchiaia rispetto all'ultimo salario AVS valido Salario AVS annuale _____ CHF

Prestazioni di rischio e di vecchiaia rispetto all'ultimo salario AVS più basso Salario AVS annuale _____ CHF

Si prega di notare che il mantenimento dell'assicurazione deve essere richiesto alla fondazione **entro 30 giorni dalla costituzione dei documenti di uscita**.

Dopo aver esaminato la sua richiesta di mantenimento dell'assicurazione, le invieremo il contratto di affiliazione e quello per il portale per aziende. Il mantenimento dell'assicurazione ai sensi dell'art. 10.7 diventa valido in seguito alla ricezione dei contratti firmati da entrambe le parti.

Demanda sullo stato di salute

Sono abile al lavoro al 100% Sono inabile al lavoro al _____ %

Firma

Con la propria firma, la persona assicurata conferma di aver risposto alle domande in modo veritiero e di aver preso atto delle disposizioni legali e regolamentari.

Luogo/Data _____ Firma della persona assicurata _____

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern